

A l'heure où l'attention mondiale se reporte en premier lieu sur la question de la surpopulation et où l'on attache une importance particulière aux programmes de contrôle des naissances, un autre problème fait surface en Afrique: l'hypofécondité et l'infécondité et leurs répercussions sur le développement.

Selon les définitions adoptées par un groupe d'experts, la fécondité est la capacité effective des individus (hommes et femmes) à se reproduire. On la mesure en comptant les naissances vivantes et il faut la distinguer de la fertilité qui est la capacité biologique de procréation des individus. L'hypofécondité est l'incapacité relative d'un groupe, d'une collectivité ou d'une région à produire suffisamment de naissances vivantes pour maintenir un taux de fécondité comparable aux normes d'un groupe de référence. Ses critères sont un taux de stérilité, à l'âge de 45 ans, égal ou supérieur à 15 pour 100 et un taux de fécondité actuelle inférieur à 150 pour 1000, un taux de natalité égal ou inférieur au taux général de mortalité. L'infécondité est l'impossibilité de concevoir ou de mener à bien une grossesse jusqu'à la naissance vivante.

Il existe en Afrique une importante zone de faible fécondité. Partant du Gabon et du Cameroun, elle s'étend jusqu'en Ouganda, englobant le Congo, le Zaïre, la République Centrafricaine et le Soudan. Toutefois, la fécondité différentielle ne s'observe pas tant au niveau des pays, mais plutôt à celui des ethnies. Les écarts sont souvent très frappants entre deux ethnies voisines. Le Dr Anne Retel-Laurentin, chargée de recherches auprès du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) à Paris et auteur de plusieurs ouvrages sur l'infécondité africaine, rapporte qu'en Haute-Volta, par exemple, le nombre moyen d'enfants par femme de plus de 45 ans est de trois au plus chez les Bobo-Oulé, alors qu'il est de six environ chez les Mossi, deux tribus voisines. Au Nigeria on a rapporté, en 1952, un taux de natalité de 32,7 pour 1000 dans l'Etat de l'Ouest et, plus récemment, de 50 pour 1000 dans l'Est.

Dans le contexte rural africain, où la procréation est placée au premier rang des valeurs sociales, l'hypofécondité et l'infécondité ont de graves retombées sociales, économiques et sanitaires. Par exemple, la femme qui quelques mois après le mariage n'a toujours pas conçu d'enfant fait souvent l'objet du mépris général de son entourage. Craignant d'être répudiée par son mari, elle a recours aux diverses techniques psychothérapeutiques traditionnelles en vigueur dans son village. Si celles-ci s'avèrent vaines, elle peut, en désespoir de cause, passer d'un homme à un autre jusqu'à ce qu'elle soit enceinte. Ce faisant, elle risque soit de contracter une maladie vénérienne; soit, en raison de l'état d'anxiété dans lequel elle se trouve, de faire plusieurs fausses couches avant même d'avoir eu le temps de se rendre

Aider ceux qui veulent des enfants

par Annick Lapous

compte qu'elle était enceinte. Ces fausses couches répétées peuvent provoquer chez elle une infécondité secondaire à laquelle ne pourront remédier que des soins médicaux assidus que rend souvent difficiles l'insuffisance de ressources médicales appropriées. Selon un article publié par la Fédération internationale du planning familial, les premières enquêtes menées en 1962 par le Wesley Guild Hospital au Nigeria, ont révélé que certaines femmes avaient versé la totalité de leur revenu annuel pour recevoir des soins durant les cinq premières années de leur infécondité.

Ce phénomène d'hypofécondité et d'infécondité n'est pas unique à la femme. Il a été attribué à de multiples facteurs, notamment à des facteurs socio-culturels tels que l'âge au mariage, le profil matrimonial (unions polygames ou monogames), l'instabilité conjugale, les coutumes en matière de contraception et d'accouchement; à des facteurs économiques dont le niveau d'instruction, le degré de protection sanitaire, le degré d'industrialisation, etc... D'autres facteurs peuvent également intervenir, par exemple, des facteurs psychologiques: problèmes d'adaptation à la vie conjugale, habitudes qu'entraîne l'usage — aussi limité soit-il — de contraceptifs modernes, la mutation des facteurs culturels. Il est toutefois difficile d'établir le degré d'influence de la plupart de ces facteurs sur l'hypofécondité.

Par ailleurs, l'existence de poches hypofécondes au sein de groupes partageant les mêmes caractéristiques socio-culturelles et donc similairement influencés par ces dernières, donne tout lieu de penser que des facteurs médicaux et pathologiques interviennent pour une grande part au niveau de la fécondité. Les maladies vénériennes comme la syphilis et la blennorragie, qui

sont des facteurs déterminants de l'hypofécondité dans de nombreuses régions d'Afrique, ont particulièrement retenu l'attention. Mais il est aussi d'autres maladies capables d'influer sur la fécondité. Ces maladies peuvent être endémiques (maladie du sommeil, paludisme, malnutrition, tuberculose, etc...) ou génétiques (les unions consanguines et leurs incompatibilités).

Malgré l'intention exprimée par l'Organisation mondiale de la santé en 1969 d'effectuer des recherches dans ce domaine, et malgré les récents efforts d'aménagement de services de maternité dans les localités, peu de programmes visant à relever l'infécondité ont été lancés. Une Enquête mondiale de la fécondité a été ouverte en juillet 1972 dans le but de "fournir une information scientifique qui permette à tous les pays de décrire et d'interpréter la fécondité de leur population et de faire une analyse comparative de la fécondité et des facteurs qui l'influencent dans les différents pays et régions du monde". En mars 1973, la Commission économique pour l'Afrique a, après une série de recommandations, détaché deux de ses membres afin de mettre au point un plan d'enquête, en collaboration avec les membres de l'université d'Ibadan, au Nigeria.

Dans ce but, un colloque international, financé par le CRDI a été organisé dans cette même ville en novembre 1973. Après avoir élaboré ensemble des définitions pratiques, uniformes et généralement acceptables des différents concepts fondamentaux de la fécondité, l'hypofécondité, l'infécondité et la stérilité, les experts des diverses disciplines qui se trouvaient réunis à ce colloque, ont examiné de plus près les différents facteurs qui influencent ou peuvent influencer le niveau de la fécondité.

Plusieurs cas ont été présentés à la base de ces discussions. Ils ont amené les experts à formuler certaines recommandations, mais surtout, à définir une politique d'action et les grandes lignes des futures enquêtes. Le CRDI a récemment publié le résumé en français du compte-rendu de cette conférence (voir page 27).

Ce rapport devrait intéresser particulièrement les gouvernements qu'alarme un niveau de fécondité relativement bas dans certaines parties de leur pays, et de là une croissance démographique relativement faible. Il nous amène d'autre part à cette question importante: les services de planification familiale ne devraient-ils pas, au lieu de s'en tenir au contrôle des naissances, étendre leurs activités en vue de venir en aide à ces milliers de femmes africaines qui souffrent en silence? □

Rédactrice adjointe auprès de la Division des publications du CRDI, Annick Lapous est également adjointe à la rédaction de Le CRDI Explore.